

ANNÉE 1931

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Christian PELLET

Né le 17 Février 1906 à Saint-Pierre-d'Oléron

Le Problème du Vertige Digestif

Président M. Paul CARNOT, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—
1931

ANNÉE 1931

N^o

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR
Christian PELLET

Né le 17 Février 1906 à Saint-Pierre-d'Oléron

Le Problème
du Vertige Digestif

Président de Thèse : M. Paul CARNOT, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1931

I. — PROFESSEURS

Le Doyen..... M. BALTHAZARD

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GRÉGOIRE
Physiologie	ROGER.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	LENORMANT
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LÉPER.
Hygiène et Médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée....	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie..	MAURICE VILLARET.
Clinique médicale.....	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	MARCEL LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.....	CUNEO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
	J.-L. FAURE.
Clinique gynécologique	OMBRÉDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	VAQUEZ.
Clinique thérapeutique médicale.....	SEBILEAU.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	PIERRE DUVAL.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	SERGENT.
Clinique propédeutique.....	LÉON BERNARD.
Clinique de la tuberculose.....	MAUCLAIRE.
Professeur sans chaire.....	

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Neurologie et Psychiâtrie.....	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale.....	AUBERTIN.
Pathologie médicale.....	BENARD HENRI.
Physiologie.....	BINET.
Chimie biologique.....	BLANCHETIÈRE.
Pathologie chirurgicale.....	BROCO.
Pathologie médicale.....	BRULÉ.
Pathologie chirurgicale.....	CADENAT.
Pathologie médicale.....	CATHALA.
Pathologie médicale.....	CHABROL.
Pathologie médicale.....	CHEVALLIER.
Pathologie chirurgicale.....	de GAUDART d'ALLAINES
Physique.....	DOGNON.
Pathologie médicale.....	DONZELOT.
Obstétrique.....	ECALLE.
Urologie.....	FEY.
Pathologie expérimentale.....	GARNIER.
Bactériologie.....	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	GATELLIER.
Histologie.....	GIROUD.
Pathologie médicale.....	HARVIER.
Anatomie.....	HOVELACQUE.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Hygiène.....	JOANNON.
Chimie biologique.....	LABBÉ HENRI.
Parasitologie.....	JOYEUX.
Pathologie médicale.....	GUY-LAROCHE.
Oto-rhino-laryngologie.....	LEMAITRE.
Anatomie Pathologique.....	LEROUX.
Pathologie chirurgicale.....	LEVEUF.
Neuro-psychiâtrie.....	LEVY-SOLAL.
Pathologie mentale.....	LIAN.
Pharmacologie.....	MERCIER FERNAND.
Histologie.....	MILLOT.
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Pathologie médicale.....	MOREAU.
Pathologie chirurgicale.....	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale.....	MOURE.
Histologie.....	MULON.
Anatomie Pathologique.....	OBERLING.
Anatomie.....	OLIVIER.
Médecine légale.....	PIÉDELIEVRE.
Obstétrique.....	PORTES.
Pathologie chirurgicale.....	QUÉNU.
Physiologie.....	RICHET Fils.
Dermatologie et syphillographie.....	SÉZARY.
Pathologie médicale.....	VALLÉRY-RADOT.
	(Pasteur)
Obstétrique.....	VAUDESCAL.
Obstétrique.....	VELTER.
Ophtalmologie.....	VERNE.
Histologie.....	VIGNES.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Pharmacologie	BUSQUET.
Obstétrique	GUENIOT.
	LEQUEUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Physique	ZIMMERN.
Histologie	DEMELIN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

(ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

	MM.
Clinique médicale	ABRAMI.
Clinique médicale	CHIRAY.
Clinique médicale	DEBRÉ.
Clinique médicale	DUVOIR.
Clinique médicale	FIESSINGER.
Clinique chirurgicale	HEITZ-BOYER.
Clinique médicale	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique médicale	LÉRI.
Clinique chirurgicale	AUVRAY.
Clinique chirurgicale	BASSET.
Clinique chirurgicale	CHEVASSU.
Clinique chirurgicale	MATHIEU.
Clinique chirurgicale	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale	PROUST.
Clinique chirurgicale	SCHWARTZ.
Clinique chirurgicale	LE LORIER.
Clinique chirurgicale	LEVY-SOLAL.
Clinique obstétricale	METZGER.

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE, agrég.
Stomatologie	FREY.
Education physique	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique	LEDoux-LEBARD.
Puériculture	WEILL-HALLE.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A M. le Professeur PAUL CARNOT

*Pour l'honneur qu'il m'a fait de
de présider cette thèse.*

A mes Maîtres dans les hôpitaux

M. le Professeur ACHARD

— **GOSSET**
— **NOBECOURT**
— **TEISSIER**
— **GUILLAIN**
— **GOUGEROT**
— **LEGUEU**
— **CLAUDE**
— **SEBILEAU**
— **TERRIEN**
— **VILLARET**

**A MM. les Docteurs WIART, de MASSARY, RAVAUT,
CATHALA.**

INTRODUCTION

Dans les divers services hospitaliers que nous avons fréquentés, mais particulièrement à la consultation de Gastro-entérologie de l'hôpital Saint-Antoine, nous avons suivi plusieurs malades qui présentaient des vertiges plus ou moins accusés et chez lesquels l'examen complet ne révélait que des troubles digestifs.

Après lecture des opinions anciennes et d'articles ou monographies récentes, nous avons eu la curiosité de préciser cette notion du vertige digestif qui hante tant certains malades et semble différemment comprise par les médecins. Sans avoir la prétention de conclure fermement, il nous a semblé intéressant de situer ce problème dans le cadre des notions et des doctrines actuelles. Nous nous aiderons pour cela de quelques observations personnelles et d'un petit nombre retrouvées au cours de nos recherches bibliographiques.

Pour la clarté de l'exposition, après avoir rappelé les diverses opinions émises sur le vertige digestif,

nous tenterons de limiter, de situer le problème. Puis, à la lumière des idées actuelles, à la faveur des méthodes d'explorations ayant fait leurs preuves, nous nous efforcerons d'établir un système pathogénique qui cadre avec les faits et avec les résultats d'une thérapeutique peut-être un peu laissée au hasard.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

C'est *Trousseau* qui dans une leçon clinique mémorable a le premier imposé la notion du vertige digestif : « vertigo a stomacho laeso ». Depuis lui, cette question fut l'objet d'études et d'avis divers. Mais auparavant, Boehave, en 1738, puis Sauvage et Stoll avaient déjà signalé le trouble, mais sans insister sur les circonstances cliniques ni les données pathogéniques.

Après *Trousseau*, les avis restèrent partagés encore que la notion du vertige demeure dans l'ensemble très vivace, tant dans l'esprit des médecins que dans celui des malades. Cependant, des opinions discordantes autorisées sont à retenir et Hayem et Lyon, Gilbert, Félix Ramond, Udaondo, Milian, Linossier émirent quelques doutes sur l'existence du trouble devant l'évidente exagération de ses partisans. Malgré cela, la majorité des auteurs pouvait prendre à sa charge la phrase de A. Robin : « Il est à peine croyable que des auteurs récents aient nié l'existence du

vertige stomacal et l'aient rattaché soit à une lésion de l'oreille, soit à un trouble oculaire portant sur la réfraction ou sur l'accommodation. Aussi ne nous attarderons-nous pas à réfuter une manière de voir que dément la plus vulgaire expérience clinique ».

Parmi les partisans, plusieurs proposaient une théorie pathogénique et Bouchard, Bouveret, Riegel le rattachèrent tour à tour à leurs systèmes préférés. De même, récemment, Linossier, Loeper, et dernièrement Jacquet l'ont expliqué par des hypothèses très voisines.

Comme nous le verrons plus loin par l'exposé du problème, la plus grande confusion règne pendant longtemps sur cette question dont l'importance clinique est cependant réelle. Si l'on se rapporte aux précisions fournies par les divers auteurs, leur simple exposé fait la preuve de la complexité apparente de la question. Dans le Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales, Luton dit que ce vertige est une sensation anormale ayant son point de départ dans l'estomac, sans précision supplémentaire. C'est pourquoi pendant longtemps seront confondus vertiges, éblouissements, phosphènes, lipothymies; ou même bourdonnement d'oreilles.

Quant à l'origine des troubles, elle donne, ainsi que nous l'avons dit plus haut, l'occasion de ranger ce trouble dans les systèmes les plus divers. Charcot dit que le vertige est un simple phénomène névropathique en coïncidence avec la dyspepsie, qu'il est surtout

l'apanage des prédisposés; mais il insiste déjà sur le fait que les troubles digestifs ne sont jamais révélateurs d'une affection organique.

Jaccoud, ainsi que beaucoup d'ailleurs, incrimine une perturbation encéphalique par excitation centripète des pneumogastriques.

Pour certains, le vertige digestif n'est qu'un trouble auriculaire avec bourdonnements, hyperacousie, coexistant avec des manifestations dyspeptiques, sans relation de cause à effet.

Pour d'autres, en particulier Bouveret, Hayem et Lyon, Linossoer, il s'agit d'un trouble labyrinthique qui se manifeste ou s'exagère sous une influence digestive. Cette opinion définit l'affection, mais ne permet pas d'en expliquer le mécanisme. Linossier même accentue la confusion en faisant de cet accident un vertige auriculo-gastrique relevant des deux thérapeutiques.

Pléchaud et Lacouture, en 1927, font une excellente revue d'ensemble, élaguent largement tout ce qui n'est pas vertige vrai, insistent sur sa rareté relative, sur sa fréquence chez les sujets qui présentent un dysfonctionnement neuro-végétatif, mais, du point de vue de la pathogénie et du traitement, ne s'écartent guère du concept de Linossier.

Plus récemment, Félix Ramond et Paul Chêne tentent une mise au point de la question et dans leur article dont les conclusions sont voisines des nôtres, ils soulignent les éléments du problème sans s'étendre trop sur les données pathogéniques.

Dans un ordre d'idées tout à fait différent, la question des vertiges en général, fit l'objet d'un assez grand nombre de travaux, tels ceux de Lermoyez, telle la monographie de Lévy-Baldenweck, telle la monographie de Lévy-Valensi et Halphen. Tout dernièrement dans sa thèse, Bénech étudie l'importance des troubles vaso-moteurs dans les vertiges et insiste sur le test thérapeutique à l'acétyl-choline. Ce dernier travail, ainsi que ceux qui font une large part aux troubles vaso-moteurs labyrinthiques dans la genèse des accidents vertigineux sont intéressants en ce qu'ils expliquent la parenté entre les vertiges « fonctionnels », liés à une simple saute de tension d'origine spasmodique, et la maladie de Ménière où l'atteinte vasculaire pariétale (athéromé), vient rendre compte de l'accident hémorragique caractéristique.

Si de simples confusions de sémeiologie expliquent en partie l'obscurité de la question, certaines données de la clinique ou des examens spéciaux sont encore à préciser pour limiter le cadre de cette étude.

Tout d'abord, lorsqu'il s'agit de vertiges digestifs, il ne faut pas se hâter de conclure chez des sujets âgés. Déjà, Trousseau soulignait cette réserve essentielle en disant de ne pas prononcer un pronostic trop précis au-dessus de la cinquantaine. Cette hésitation est si légitime que la confusion a même été soulignée par certains : Bonnier ne faisait-il pas du

vertige digestif le témoin d'un brightisme léger! Dans un travail récent, Jacquet rappelle à ce propos l'intérêt d'un examen complet en montrant l'erreur possible liée à la méconnaissance d'une aortite. Mais chez certains sujets âgés, en dehors de toute atteinte cardio-vasculaire cliniquement appréciable, certains faits restent d'une interprétation délicate et une interprétation délicate et une atteinte des artérioles labyrinthiques peut être à la fois une cause prédisposante, un élément modificateur du pronostic et, du point de vue nosologique, facteur de confusion.

Toutes ces considérations expliquent aisément les écarts souvent énormes des différentes statistiques. Di Natale étayait un travail récent sur 400 cas; Hayem, sur 828 dyspeptiques trouvait 55 vertigineux digestifs, dont 8 ou 10 purs.

Tout récemment F. RAMOND et P. CHÊNE n'ont pu trouver que 4 cas légitimes de vertiges digestifs dans une année de consultation et de clinique hospitalière. Nous rapporterons d'ailleurs plus loin les observations de ces deux derniers auteurs.

La distinction d'avec les troubles articulaires, déjà précisés par MÉNIÈRE, en 1885, puis par Albert ROBIN, est aussi un élément de confusion dont il conviendra peut-être, ainsi que nous le verrons, de discuter le sens. A ce propos, si le premier auteur ne signale que les bourdonnements d'oreilles, LEVEN rapporte plus d'une centaine de cas de surdité associée ou non au bourdonnement dont l'origine digestive lui paraissait prouvée. Cette référence montre ici encore quelle doit être la circonspection de mise pour l'étude critique

des statistiques anciennes. En effet la moitié des cas étudiés par cet auteur était constitués par des malades de 40 à 50 ans.

Quelle que soit la nécessité de cette discrimination entre vertige d'une part, éblouissements, phosphènes, bourdonnements d'autre part, nous verrons plus loin que, du point de vue pathogénique, elle ne doit pas être maintenue aussi nettement tranchée.

CHAPITRE II

LE PROBLÈME DU VERTIGE DIGESTIF

1° *Quand y a-t-il vertige vrai ?*

Le vertige est, selon l'excellente définition de Guéneau de Mussy une erreur de sensation sous l'influence de laquelle le malade croit que sa propre personne ou les objets environnants sont animés d'un mouvement giratoire ou oscillatoire. C'est en somme une sensation giratoire erronée à laquelle on a rattaché par extension les impressions d'élévation du plancher ou d'effondrement du plafond.

Cette définition concerne des troubles subjectifs. Il est nécessaire de la compléter par l'étude des troubles objectifs qui en sont les correspondants retrouvés lors de l'examen du malade.

Ces troubles objectifs siègent toujours au niveau de l'appareil neuro-vestibulaire, et l'on peut dire avec Lévy-Valensi et Halphen que tout vertige vrai est un vertige vestibulaire. Ainsi comprise l'étude des trou-

bles objectifs permet de retrouver deux ordres de manifestations organiques :

Tout d'abord des lésions locales immédiates qui sont, d'après les données modernes, essentiellement en rapport avec des perturbations d'ordre vaso-moteur : spasmes vasculaires portant sur les artérioles labyrinthiques, modifications tensionnelles qui, suivant les cas, consisteraient en poussées hypertensives ou hypotensives.

Mais dans certains cas, ce processus local paraît dépendre d'un dysfonctionnement d'ordre général dans lequel on pourrait dissocier deux éléments : d'une part, une dystonie du système neuro-végétatif (sympathique et para-sympathique) qui tient sous son contrôle les modifications vasculaires auxquelles nous venons de faire allusion. D'autre part, des lésions à distance qui constitueraient de véritables épines irritatives analogues à celles qui ont été décrites dans nombre d'affections telles que : l'asthme des foin ou l'urticaire, par exemple.

B. — L'atteinte locale immédiate, quelle que soit son importance, étant la condition *sine qua non* du vertige vrai, il importe de la mettre en évidence par l'exploration labyrinthique. Celle-ci qui a pour but de préciser l'excitabilité de l'organe, comporte deux épreuves essentielles dont la recherche pourrait, à la rigueur, étant donnée leur simplicité, être pratiquée par le clinicien lui-même. En réalité, le plus souvent,

elle sera du domaine du spécialiste, ce qui explique peut-être les divergences de vues sur cette question.

La première d'entre elles répond à la recherche de l'excitabilité électrique : c'est l'épreuve dite de Babinski.

La deuxième est celle de l'excitabilité calorique, plus connue sous le nom d'épreuve de Barany.

Certains auteurs sont d'avis qu'on pourrait à la rigueur se passer de l'une d'entre elles, mais il semble bien qu'on ait avantage à contrôler l'une par l'autre et que, loin de faire double emploi, elles se complètent mutuellement.

Les résultats concernant le point particulier qui nous intéresse peuvent varier suivant les cas. Le plus souvent, les épreuves conjuguées de Babinski et de Barany permettent de déceler un degré plus ou moins accentué d'hyperexcitabilité labyrinthique.

Par contre, il est classique d'admettre que pour certains cas de vertiges d'origine générale, on puisse avoir, au contraire, de l'hypoexcitabilité par hypotension intra-labyrinthique.

C. — Remarquons d'ailleurs qu'il importe de séparer l'excitabilité labyrinthique du point de vue du vertige des troubles de l'audition proprement dite. Il y a en effet indépendance des deux catégories de phénomènes comme le prouvent tant l'étude des faits cliniques que l'examen local du labyrinthe. Cette distinction est intéressante, car il existe des retentissements

auriculaires dans les dyspepsies. Albert Robin, après Ménière et E. Woackes, insiste dans son traité sur ces manifestations qu'il étudie dans un chapitre distinct de celui du vertige.

Aussi sera-t-il, sans aucun doute, nécessaire de pratiquer en toutes circonstances la double exploration. Rappelons que l'étude de l'audition comporte les épreuves au diapason de Rinne et de Weber. On pourra donc dans certains cas trouver chez un même malade des altérations portant sur les deux catégories de fonctions. Mais, même alors, on devra admettre la simultanéité sans rapport de causalité. Tels sont les faits étudiés par Lermoyez à propos de ce que l'on a appelé « le faux vertige qui fait entendre » et que cet auteur attribue à une véritable « onglée du labyrinthe » : apparition du vertige, disparition de la surdité relèvent de la même cause : la levée du barrage de l'artère du labyrinthe. Ce sont là des phénomènes simultanés, rien de plus. L'audition ne revient pas parce que le vertige éclate, mais quand le vertige éclate. Les malades ont tort de dire que le vertige fait entendre. Le vertige n'est pas la cause du retour de l'audition, il n'en est que le témoin désagréable ».

D. — Les troubles auditifs ne sont pas les seuls qu'il importe de séparer nettement du vertige vrai. Trop souvent, en effet, les malades ont tendance à désigner sous cet épithète les phénomènes qui ressortissent au domaine des éblouissements. Il faut égale-

ment éliminer les troubles vertigineux fonctionnels au cours desquels les épreuves labyrinthiques montrent une excitabilité normale.

A vrai dire, ces divers troubles sont peut-être de même nature (spasmes vasculaires) que le vertige vrai, mais ils ne méritent pas d'entrer dans le cadre de notre étude; et la conclusion de ce chapitre, tendant à délimiter le domaine du vertige digestif, sera que, pour affirmer celui-ci, on devra constater simultanément les troubles subjectifs que nous avons définis et l'hyperexcitabilité labyrinthique décelée par les épreuves de Babinski et de Barany.

2° *Quand y a-t-il vertige digestif?*

Nous savons maintenant ce qu'il faut entendre par vertige vrai. Quant peut-on affirmer qu'il est d'origine digestive?

Il paraît nécessaire pour cela qu'après la constatation chez un même malade d'un vertige vrai et d'une lésion digestive, la guérison de celle-ci entraîne celle du vertige. Pareille affirmation pourrait sembler inutile, mais on se rappellera que certaines coïncidences ne doivent pas être réunies par des relations de cause à effet. Cette précision est d'autant plus nécessaire que l'examen général pourra parfois déceler une tierce lésion responsable à la fois et du vertige et du trouble digestif. Nul n'ignore en effet la fréquence avec laquelle une tumeur encéphalique est capable de pro-

voquer d'une part des phénomènes vertigineux accentués et d'autre part des troubles digestifs variés. Alajouanine, Haguénau ont rapporté quelques cas où ces néoplasies endocriniennes simulaient une affection digestive. Cushing a de même attiré l'attention sur des faits semblables, mais c'est surtout dans la thèse de P. Chêne que la difficulté du diagnostic entre lésion nerveuse et affection digestive est étudiée dans le détail. Il est évident qu'en pareil cas la tumeur cérébrale seule doit être mise en cause à l'origine du vertige et des troubles digestifs.

Même lorsque pareille élimination aura été effectuée, lorsque le traitement portant sur le facteur digestif aura semblé agir sur le vertige, il conviendra de ne considérer la lésion gastrique, hépatique ou intestinale que comme une véritable épine irritative. En effet, ne fait pas qui veut un vertige digestif. L'étude de la réflectivité labyrinthogastrique et gastrolabyrinthique relatée dans les travaux de Roccavilla a montré chez les vertigineux digestifs des altérations nettes de cette réflectivité, en rapport avec une dystonie neuro-végétative.

Enfin l'on peut remarquer avec Laubry que souvent, alors même que le vertige a cédé au traitement portant sur la cause digestive, on peut le voir réapparaître sous d'autres influences. On est donc obligé de penser dans des cas, qu'indépendamment de toute

cause à distance, de toute épine irritative quelle qu'elle soit, il existe une hyperexcitabilité particulière du vestibule qui, temporairement disparue, comme le montre le retour à la normale des épreuves appropriées, ne demande qu'à se réveiller à la première sollicitation venue.

On peut donc se ranger à l'avis de Bouveret qui, à l'inverse de Bouchard, proclamait « qu'il n'existe jamais de vertige stomacal sans neurasthénie et sans trouble auriculaire ». Les auteurs modernes sont du même avis. Citons encore Lermoyez : « Il s'agit d'angiospasmés locaux chez des sujets neuro-arthritiques ayant une susceptibilité labyrinthique exagérée aussi bien vis-à-vis des excitants externes... que des irritants internes (intoxications diverses et surtout auto-intoxication gastro-intestinale), ce qui excuse Trousseau d'avoir imaginé son fameux vertige « a stomacho laeso ».

CHAPITRE III

ETUDE CLINIQUE

Il s'agit, dans la majorité des cas, de sujets jeunes, souvent des femmes, sans que ces deux notions étiologiques aient une grande rigueur.

Des prodromes peuvent venir annoncer les vertiges et, comme nous le verrons plus loin, ce ne sont souvent que des manifestations pathologiques du même type. Du côté de l'estomac, on trouve, signalés par divers auteurs, quelques symptômes annonciateurs dont la valeur révélatrice est toute relative : perversion de l'appétit, crampes, brûlures, faim douloureuse. Beaucoup plus intéressant est le rapprochement que font souvent les vertigineux digestifs, en rapportant cet accident à des ennuis, des soucis, ou à une émotion.

L'horaire du vertige digestif n'a, en soi, rien de précis. Robin, après avoir insisté sur le fait qu'il se manifeste surtout à jeun, « quand l'estomac est vide », qu'il s'atténue au commencement de la digestion, reconnaît lui-même que ces caractères n'ont rien d'absolu.

Mais bien souvent c'est surtout aux changements rapides de position que le vertige se déclanche. Chez certains malades cependant il peut être atténué lorsqu'ils s'immobilisent en décubitus dorsal par exemple. Bien caractérisé, ce vertige est surtout rotatoire; les objets environnants tournent alors dans un sens, toujours le même. Plus rarement il est oscillatoire. Lorsque le trouble est accusé, et surtout s'il présente quelque ténacité, le malade peut avoir une attitude, une démarche spéciale ou bien prendre un air hébété dont la connaissance est bien classique. Quant à l'état nauséeux que l'on a pu décrire en association aux vertiges, il est rare; mais s'il existe, il doit précéder la sensation vertigineuse pour avoir quelque intérêt séméiologique.

L'examen du malade, outre les signes digestifs, doit comporter, à notre avis, une étude de l'appareil vestibulaire, pour faire la preuve de « cette souffrance de l'appareil labyrinthique dont le vertige n'est que la traduction subjective » (Levy-Valensi, Halphen). Par contre, l'appareil de l'audition reste normal, condition nécessaire, ainsi que nous l'avons vu plus haut. Dans certains cas rares (F. Ramond et P. Chêne), on peut même avoir une hyper-excitabilité vestibulaire unilatérale.

Nous verrons plus loin comment interpréter les affections digestives originelles. Nous nous contenterons ici de signaler les troubles gastriques ou intestinaux qui sont capables de déclancher le vertige vrai, et qu'il faudra rechercher systématiquement, sans

négliger pour cela l'examen complet du malade. Les affections organiques : ulcus ou néo, sont rarement retrouvées (Charcot et Bouchard). Quant aux gastrites, surtout lorsqu'elles sont d'origine toxique — éthyliques par exemple — cette notion peut être susceptible de rendre délicate l'interprétation de la cause du vertige. Les troubles en rapport avec la ptose gastrique, colique ou mixte, sont, ainsi que le souligne très justement Jacquet, d'un intérêt essentiel dans la recherche de l'étiologie des accidents vertigineux. Quant aux manifestations que l'on rattache à l'aérophagie, il nous semble qu'ils sont apparentés avec ceux de l'atonie digestive et que leur interprétation, ainsi que nous le verrons plus loin, pose des questions délicates. Déjà Boas, Herz, faisaient de la myasthénie une cause prédisposante capitale du vertige. Bon nombre de nos malades vertigineux peuvent entrer dans ce cadre et, ainsi qu'essaie de l'individualiser P. Chêne, font partie du syndrome hyposthénique, que l'on admette ou non l'interprétation nosologique de cet auteur. Il nous semble aussi que la rencontre fréquente de la cholécystatonie de Chiray dans l'étiologie du vertige soit de même un témoin de l'importance du facteur végétatif à la détermination de ces divers troubles. Du côté intestinal la cause qu'il faut rechercher est surtout l'appendicite chronique. On pourra toutefois mettre en évidence diverses autres affections mais à titre plus exceptionnel.

Le diagnostic doit comporter une série d'éliminations qu'un interrogatoire précis ou un examen complet permettent habituellement d'opérer.

La connaissance d'une syphilis, le dépistage d'une aortite ou d'une autre lésion cardiaque (Corrigan) font justice d'une étiologie particulière, d'un vertige faussement digestif.

Le tabagisme peut réaliser des vertiges, et cette notion doit faire établir des réserves dans certains cas mixtes.

L'éthylisme est susceptible de déclencher aussi des accidents vertigineux et, s'il existe des troubles dyspeptiques concomitants, on conçoit les hésitations et les discussions qui peuvent en découler : qu'il s'agisse de l'éthylisme banal d'hôpital ou de cet alcoolisme mondain (Guillain) dont la connaissance n'est pas toujours aisée.

Il en sera de même pour l'abus du café dont la suppression peut, dans certains cas, faire justice d'un vertige attribué à tort à une atteinte dyspeptique.

Mais, en dehors de ces causes générales d'une constatation aisée, il ne sera pas inutile de rechercher soigneusement de petites lésions nasales dont l'importance dans la genèse du vertige est trop souvent méconnue.

Lorsque l'examen n'aura retenu que des troubles digestifs, il ne faudra pas négliger de mettre en évidence les perturbations de l'appareil neuro-végétatif, associées ou non à des troubles endocriniens dont on sait l'importance considérable dans ces cas.

OBSERVATIONS

Observation I (F. Ramond, Jacquelin et P. Chêne)

Mademoiselle M..., institutrice, âgée de 30 ans, vient consulter le 3-1-29 pour des troubles dont elle souffrait depuis 12 ans par périodes variant de quelques jours à un mois, mais qui, depuis trois mois, surviennent quotidiennement.

Ces manifestations étaient et sont encore de deux ordres:

Douleurs gastriques: brûlures et aigreurs survenant 3 heures après les repas.

Troubles oculaires assez complexes.

La malade éprouve en effet des éblouissements et des vertiges vrais, elle a l'impression que les objets tournent autour d'elle et marchent en zig-zag.

Par instant elle a l'impression que son champ visuel se rétrécit et n'aperçoit que le point fixé, autour elle ne voit que du blanc.

Cette malade est très gênée actuellement par ces troubles. Elle accuse en outre des poussées fréquentes d'urticaire généralisées.

Pas de céphalées. Pas d'autres troubles digestifs. Ses antécédents héréditaires et collatéraux sont importants: son grand-père, sa mère, sa sœur, ont tous été atteints de coliques hépatiques avec ou sans ictère.

A l'examen: point douloureux vésiculaire. Signe de Murphy des plus nets. On note, en outre, léger goître, pouls à 100.

A la radioscopie: l'estomac est reporté à droite, le bulbe n'est pas déformé. La cholécystographie n'a pu être pratiquée.

Le tubage duodénal ne réussit qu'à la seconde tentative. L'épreuve de Meltzer-Lyon est alors positive (le 20 janvier 29). On recueille une bile B très visqueuse, foncée, contenant 1/1.000 de pigments; 2,25 de cholestérine par litre. A la suite de cette exploration, la malade présente de la fatigue, de la fièvre, de la diarrhée.

Le 2 mars 29. — La malade revient consulter: elle a eu, pendant un mois, une amélioration très nette.

Au bout d'un mois, les éblouissements et vertiges réapparaissent. La malade suit alors une série de tubages duodénaux jusqu'au 20 avril. Tous les troubles vertigineux et oculaires disparaissent. Ne persistent que quelques douleurs gastriques.

Depuis, tous les mois un tubage duodénal maintient cette amélioration.

Observation II (personnelle)

Madame T..., employée, âgée de 51 ans, vient consulter pour des vertiges très marqués, sans latéralisa-

tion, qui gênent la marche et les changements de position.

Ces phénomènes remontent à 10 ans. Depuis 2 ans, ils sont franchement augmentés et s'accompagnent de nausées. De tous les régimes et traitements employés, seul un traitement cholagogue l'a nettement améliorée depuis 3 mois (calomel, salicylate, benzoate de soude).

Elle présente des antécédents de cholélithiase indiscutables. Elle signale des crises de coliques hépatiques nettes à irradiations caractéristiques; subictère mais sans fièvre importante.

Depuis longtemps elle a des troubles intestinaux avec diarrhée post-prandiale, des migraines vives; les manifestations dyspeptiques sont habituelles, rythmées par les règles, exagérées par certains aliments (graisses, chocolat).

A l'examen le foie est gros, déborde de deux travers de doigt les fausses-côtes. Il est sensible. On réveille une douleur au point vésiculaire. La manœuvre de Murphy est douloureuse, il existe des points phréniques droits très sensibles. Il y a trois mois, le médecin consulté avait trouvé une tuméfaction rapportée à un hydrocholécyste. L'examen du sang ne montre que 1,51 de cholestérine p. L. Les selles n'ont rien de bien anormal, la digestibilité est normale. Rien dans les urines.

Les vertiges surviennent surtout aux changements de position. Ils sont surtout nets au moment des règles. La malade ne se sent pas spécialement entraîné d'un côté; très fréquemment, ils sont suivis de nausées très accusées. Depuis trois mois, après une période d'amélioration — déjà signalée — ils ont repris, empêchant tout travail, depuis que la malade a suspendu sa cure.

L'examen étiologique révèle l'intégrité des tympan, l'acoumétrie est normale.

L'injection d'une très petite quantité d'eau froide met en évidence une hypérexcitabilité manifeste: nystagmus prolongé, accès de vertige très accusé et prolongé.

Observation III (F. Ramond et Chêne)

Madame S..., dactylographe, âgée de 46 ans, entre à Saint-Antoine le 6 décembre 1929, pour une asthénie intense et des vertiges très accusés. Cette malade, depuis l'âge de 22 ans, quelque temps après une typhoïde a présenté des crises typiques de coliques hépatiques, l'avant-dernière en 1918.

C'est depuis 1919 que la malade accuse des céphalées, des vomissements. Ces manifestations surviennent par crises, d'abord espacées, tous les 6 mois puis se rapprochent de plus en plus.

Toujours même tableau: céphalée, vertiges, bourdonnements d'oreille, quelquefois troubles visuels (sensation de fil tendu devant les yeux), puis vomissements spontanés. Il y a 4 ans, en 1925, elle avait consulté l'un de nous qui avait prescrit une médication cholagogue. La malade avait une amélioration d'un an. Régime et traitement sont abandonnés depuis.

L'examen clinique montre un bon état général malgré la fatigue accusée par la malade. Les règles sont régulières mais peu abondantes. Peu de troubles sympathiques post-ménopausiques.

A la palpation, signe de Murphy net, sensibilité de la

région vésiculaire. Points phréniques, signes respiratoires à la base droite.

La T. A. est normale 16-10. Rien dans les urines.

L'étude du sang montre une urée normale (0,35), un B-W négatif, mais 2,25 de cholestérine.

La radioscopie montre un transit retardé, et sur le bord gauche de l'estomac, une incisure spasmodique assez durable, sans diverticule opposé, et s'exagérant à la pression de la région vésiculaire.

Le tubage montre une hypochlorhydrie nette (H: 0,20).

L'examen des selles ne révèle rien de pathologique.

Devant la persistance des céphalées et vertiges, un examen ophtalmologique est pratiqué, révèle une presbytie pouvant expliquer en partie la céphalée. Une P. L. retire un L. C. R. normal.

L'examen otologique montre tes tympanes légèrement rétractés, une audition normale.

Le limaçon semble intact (les épreuves de Rinne, Schwabach, Weber, sont normales).

Pour les vestibules, les épreuves labyrinthiques rotative et calorique montrent du côté droit une hypérexciabilité des canaux semi-circulaires verticaux avec vertige et nystagmus rotatoire rapide.

A gauche, les réactions sont normales.

Observation IV (personnelle)

Mademoiselle Mad. L..., comptable, âgée de 27 ans, vient consulter pour une association de troubles dyspeptiques et de vertiges.

Elle accuse des pesanteurs post-prandiales, des douleurs vagues de l'hypochondre droit, des migraines. Très nerveuse, à tendances mélancoliques très accusées. Par période, surtout aux environs des règles, les troubles s'exaspèrent et, sans température ni jamais d'ictère, elle présente en outre des nausées et des troubles vertigineux.

Ceux-ci surtout accusés aux changements de position sont à type rotatoire.

A l'examen on note un hypéréxcitabilité labyrinthique bi-latérale sans modification de l'audition.

Du côté digestif. Sensibilité de l'hypochondre droit et douleur à la manœuvre de Murphy. A la radio, l'estomac est atone, se contracte superficiellement. Mais surtout la cholécystographie montre une vésicule très allongée, au bas-fond étalé, du type schématique décrit par Chiray.

Le tubage duodénal, après épreuve de Meltzer-Lyon ramène une bile B plus abondante, plus pigmentée que normalement.

Après le tubage, on est frappé par la netteté de l'amélioration et, en particulier par la cessation presque complète des vertiges.

Les drainages sont répétés à intervalles réguliers et, depuis le premier, du 20 décembre 1930, la malade n'a plus présenté aucun incident vertigineux.

Observation V (personnelle)

Madame de N..., 41 ans, infirmière, vient consulter en janvier 1931 pour des vertiges rotatoires extrêmement accusés ayant même, à la fin de l'année 1930 confiné la malade à la chambre pendant une période d'un mois.

A l'examen général, on ne constate aucun trouble de l'appareil cardio-vasculaire, la tension artérielle est normale, même légèrement inférieure: 12/6. La malade accuse cependant des douleurs du flanc droit qui s'accompagnèrent même il y a un an environ de subictère, et firent poser le diagnostic de coliques hépatiques. Un examen approfondi de l'appareil digestif montre:

Une vésicule normale: la cholécystographie imprègne régulièrement une vésicule non déformée.

Le tubage duodénal amène une réponse normale à l'épreuve de Meltzer-Lyon.

Le lavement opaque, par contre, chez cette malade très constipée et dont les troubles s'exagèrent par crises révèle une plicature fixée de l'angle droit du colon (péritonite vraisemblablement en rapport avec une appendicectomie ancienne.

Du côté de l'appareil auditif: hypérexcitabilité labyrinthique, intégrité de l'audition. La malade soumise à un traitement continu de la stase intestinale, voit ses vertiges s'atténuer et disparaître progressivement.

Alors que les paroxysmes se reproduisaient tous les quinze jours environ, depuis le 15 mars, elle n'en a plus présenté aucun.

CHAPITRE IV

PATHOGÉNIE

Il peut sembler osé de tenter un essai pathogénique sur un aussi petit nombre de faits, mais il nous a paru possible, à la lumière de nos quelques observations et de celles qu'ont bien voulu nous communiquer les auteurs d'un précédent article, de rapprocher des avis en apparence très éloignés, mais que les conceptions actuelles permettent de confronter sans les opposer.

Pour qu'une excitation lointaine retentisse au niveau du labyrinthe, il faut peut-être que l'organe soit anormalement sensible, que la voie conductrice de l'incitation réponde très facilement, et que la cause initiale soit susceptible de retentir sur cet appareil conducteur.

La notion d'hypersensibilité essentielle du labyrinthe nous paraît devoir être écartée du cadre de cette étude, en vertu des résultats thérapeutiques. Le fait qu'en soulageant les troubles digestifs on améliore le vertige fait justice d'une altération vestibulaire qui, si elle existait, ferait persister les troubles.

Restent les deux autres facteurs : la notion d'équilibre végétatif instable, celle d'excitation locale, digestive, à distance.

L'hypertonie végétative générale

Un fait frappe lorsqu'on étudie le groupe des dyspeptiques présentant des vertiges : ce sont souvent des « fonctionnels », chez lesquels la dystonie végétative est patente.

Cette fréquence permet peut-être de tenter une liaison par des rapports de cause à effet, mais la question est actuellement trop complexe pour être tranchée. Il semble toutefois évident que c'est à ce système végétatif perturbé qu'il faut rapporter le mécanisme générateur du vertige digestif.

D'une part, ainsi que le faisait déjà remarquer Woackes en 1879, pour les retentissements auriculaires des affections de l'estomac, l'irrigation de l'oreille interne est alimentée par les branches de l'artère vertébrale dont les rapports avec le ganglion cervical inférieur, les connexions avec le pneumogastrique lui expliquent l'interdépendance fonctionnelle.

Qu'on admette cette voie réflexe ou qu'on invoque les intrications multiples de l'appareil vagal, parasympathique à la hauteur des vaisseaux de la base du crâne, ou celles de l'ortho-sympathique, l'articulation de l'incitation est aisément explicable.

Il est actuellement bien admis qu'en cas d'hypertonie végétative, ou mieux, de dystonie, les réactions seront plus fréquentes et plus vives. Nous n'entrerons pas ici dans le détail des descriptions des deux

grands schémas d'Eppinger et Hess, ni de l'amphotonie de Danielopolu ou neurotonie de Guillaume. Ces données sont bien reconnues comme cadre de description sinon comme tableaux cliniques. Ce qui importe, de notre point de vue, c'est qu'il existe certainement des prédispositions végétatives générales à des désordres locaux. Ce déséquilibre favorisant est lui-même sous la dépendance de causes qui souvent échappent, mais parmi lesquelles il faut faire une place à part aux *troubles endocriniens*.

Quant au mode d'irritation initial, il est de toute évidence qu'il s'agit d'un véritable *réflexe*. Cette diffusion des réflexes végétatifs n'a rien pour nous surprendre et l'étude critique des explorations par A. Thomas, les travaux de Laignel-Lavastine, Tinel, Cannon, et surtout les belles constatations opératoires de l'école de Strasbourg en ont fait largement la preuve. La théorie de l'intoxication est actuellement bien abandonnée et, pour bien souligner tout ce qu'il y avait d'artificiel dans ces hypothèses de l'ère « chimique » de la gastrologie, nous ne ferons que rappeler l'opinion de Bovet qui mettait le vertige digestif au compte d'une intoxication par l'acide éthyl-acéto-cyanhydrique!

Au total, les intrications nerveuses, du point de vue anatomique, les interréactions physiologiques rendent très plausible le mécanisme du réflexe gastro-labyrinthique, favorisé par une susceptibilité spéciale de l'appareil végétatif.

Excitations locales

Les troubles portant sur l'excitabilité générale du système végétatif que nous venons d'étudier dans le chapitre précédent nécessitent, pour être mis en jeu, l'action de différentes épines irritatives que nous pouvons retrouver dans les cas qui nous intéressent par l'examen systématique de l'appareil digestif. En procédant ainsi, on pourra déceler des vertiges réflexes par irritation ou compression du para-sympathique, surtout et accessoirement du sympathique abdominal.

Les causes susceptibles de déclancher ces réflexes peuvent être divisées en permanentes et transitoires. A vrai dire, pareille distinction peut paraître quelque peu artificielle. En effet, dans le cas d'une épine irritative permanente, une poussée infectieuse transitoire, des modifications locales fugaces en rapport avec les différents temps de l'activité fonctionnelle digestive, sont capables de provoquer des paroxysmes intermittents. Néanmoins, il nous paraît commode de garder cette division schématique.

A. — Causes permanentes.

Les épines irritatives siégeant au niveau de l'estomac sont certainement les plus anciennement connues sinon les plus fréquentes. C'est le lieu ici de rappeler la fameuse leçon clinique de Trousseau. Le « vertigo a stomacho laeso », tel que l'étudiait le maître de

l'Hôtel-Dieu mérite d'ailleurs de voir son cadre singulièrement restreint. Il fut décrit en effet à une époque où l'on ignorait l'existence des dyspepsies secondaires, en sorte que beaucoup d'observations doivent en être détachées et rapportées à des causes digestives extra-gastriques.

Il n'en est pas moins vrai qu'une ptose gastrique, un pylorospasme (Roccavilla), une ulcération pylorique ou duodénale peuvent être à l'origine d'un vertige digestif vrai, l'hyperexcitabilité labyrinthique étant retrouvée chez ces malades. Mais il importe de faire une part importante à l'élément névrosique associé : Charcot et Bouchard ont très justement insisté sur l'absence du vertige chez les gastropathes organiques graves, fait admis par Lasegue au point que cet auteur disait que les lésions gastriques graves font disparaître le vertige.

Les causes locales hépato-biliaires paraissent actuellement plus fréquentes. Parfois une cholécystite, une crise douloureuse de colique hépatique seront à incriminer, mais plus souvent l'épine irritative sera moins apparente, une simple congestion hépatique étant en jeu. Cette affection si fréquente qu'est la cholécystatonie de Chiray paraît, elle aussi, une cause importante du vertige. Les faits qui s'y rapportent entrent, nous semble-t-il, dans les limites de l'hépatisme de Glénard. D'ailleurs, dans ce cadre jusqu'ici classique, ne doit-on pas distinguer certains caractères, certains ensembles symptomatiques qui pourraient être interprétés comme étant des manifestations vagotoniques?

Ainsi que Chiray et ses collaborateurs l'ont bien montré, le facteur neuro-végétatif a une importance considérable dans la cholécystatonie. Peut-être cette atteinte végétative constitue-t-elle à elle seule toute la maladie, avec un retentissement myo-vésiculaire et labyrinthique? La cause profonde du déséquilibre vago-sympathique est alors seule à rechercher en vue de déductions thérapeutiques.

Enfin, les maladies intestinales, bien que moins importantes que les deux catégories précédentes, ne doivent pas être passées sous silence, l'appendicite chronique est depuis longtemps connue comme cause possible de vertige. Mais là encore la lésion sera souvent fruste. Dans cette affection, la fréquence de la vagotonie (Enriquez et Guttmann), sa preuve par les constatations anatomo-pathologiques de Masson peuvent peut-être rendre compte des retentissements labyrinthiques. Cette dernière notion que Laignel, Lavastine appelle vagotonie locale par un abus de langage, est d'un intérêt essentiel dans le déclanchement du trouble nerveux général, qu'il soit d'ordre vaso-moteur ou psychique.

A côté de l'appendicite chronique, il nous faut faire mention de la ptose colique. Celle-ci peut accompagner la ptose gastrique ou être observée isolément.

Citons pour être complet l'helminthiase intestinale et la simple constipation qui ont pu être invoquées dans l'étiologie de certains troubles vertigineux.

B. — *Causes transitoires.*

Les lésions permanentes ci-dessus étudiées ne sont pas les seules à retenir. Un certain nombre d'épines irritatives peuvent survenir de façon fugace et intermittente.

La digestion, les modifications vaso-motrices qui l'accompagnent et les perturbations de l'appareil végétatif qui en sont la conséquence peuvent être l'origine d'un trouble vertigineux dans les circonstances qui ont été bien mises en lumière par Félix Ramond et Carrié. Ces auteurs ont décrit sous le nom de *syndrome sympathique post-prandial* un ensemble de signes dont Mauriac a noté des observations particulièrement intenses et caractérisé par l'apparition après le repas de rougeur de la face, d'angoisse, de prurit, de sensation de chaleur. Ce tableau est la traduction évidente d'une perturbation végétative dont le retentissement peut fort bien gagner le labyrinthe.

L'ingestion de gâteaux, d'œufs, de conserves aux œufs peut, elle aussi, être quelquefois responsable d'un vertige. Mais pour Baldenweck il conviendrait d'être circonspect et de faire une part plus grande à un syndrome cérébelleux qu'à un trouble labyrinthique.

Il nous reste maintenant à étudier un mode de production en quelque sorte indirect du vertige digestif. Lemierre a rapporté l'observation d'un vieillard de

80 ans chez qui le vertige était lié à des extra-systoles d'origine digestive. Pour cet auteur, les extra-systoles sont responsables d'une ischémie bulbaire qu'il conviendrait d'incriminer dans la production des phénomènes vertigineux. De cette observation, il faut rapprocher le vertige par bradycardie survenant au cours du syndrome de Stockes Adams dont l'existence vient corroborer la production du vertige au cours de la vagotonie.

Cette revue d'ensemble des épines irritatives locales nous montre l'intime parenté des divers troubles. Que la manifestation digestive soit de la série des dyspepsies fonctionnelles, ou qu'une lésion — souvent minime — soit en cause, l'atteinte de l'appareil végétatif est partout : à l'origine de l'excitation, dans la détermination du trouble général autant que dans les retentissements à distance.

CHAPITRE V

DÉDUCTIONS PRATIQUES

Il résulte de notre étude qu'une grande circonspection est nécessaire avant d'affirmer l'existence d'un vertige digestif vrai. Nous avons défini ce qu'était le vertige; nous avons ensuite limité les conditions dans lesquelles on peut certifier son origine digestive. Nous l'avons enfin différencié de phénomènes tels que les éblouissements ou des sensations purement subjectives. Cette mise au point était indispensable autant pour en limiter les caractères nécessaires que pour en concevoir l'extension à des manifestations d'ordre fonctionnel, vaso-moteur par exemple.

Ceci nous amène à considérer qu'il ne nous faudrait pas être trop absolu dans l'antithèse qui nous a fait séparer au point de vue nosologique le vertige vrai des éblouissements ou des troubles subjectifs auxquels nous venons de faire allusion. En effet, il semble bien s'agir dans l'un et l'autre cas d'un mécanisme analogue, qui, empruntant la voie végétative, aboutit à des spasmes vasculaires, à des modifications portant

sur le calibre ou la tension des artérioles terminales dont certains effets restent d'ordre purement subjectif, alors que d'autres peuvent être saisis par les moyens d'exploration dont nous disposons. Pour concrétiser notre pensée par une comparaison empruntée à des faits bien connus, il y aurait entre le vertige vrai et les sensations subjectives susceptibles de prendre sa place, la même parenté qu'entre l'épilepsie classique et ses équivalents plus récemment dépistés.

THERAPEUTIQUE

Cette idée directrice nous semble facile à transposer dans le domaine de la pratique thérapeutique, même en retenant les moyens actuellement en usage, souvent en vertu de données empiriques.

Le premier soin du clinicien sera de rechercher s'il n'existe pas une épine irritative organique (statique ou dynamique) sur le tractus digestif et justiciable d'un traitement spécial.

C'est ainsi qu'au niveau de l'estomac il conviendra de corriger une ptose par les moyens habituels : régime et orthopédie, de traiter un trouble de l'évacuation gastrique, de faire opérer un ulcus.

En cas d'atonie vésiculaire, la stase biliaire devra être combattue, autant pour diminuer l'intoxication générale que pour atténuer le retentissement végétatif. Le drainage pourra être opéré soit par les cholagogues, soit par le tube d'Einhorn. Les mêmes indi-

cations s'étendent aux congestions hépatiques liées à la stase intestinale.

La constipation simple, l'appendicite chronique, la ptose colique seront également justiciables d'une thérapeutique propre. Il nous faut à ce sujet relater les tentatives d'auto-vaccination par voie buccale rapportées par Gaehlinger et qui ne semblent pas d'une efficacité certaine.

Quelles que soient les circonstances, et surtout si l'on doit discuter l'opportunité d'une intervention, la plus grande prudence est de mise lorsqu'on vise l'épine digestive. Citons à cette occasion l'observation relatée par Scott : il s'agissait d'un malade chez lequel la co-existence de vertiges avec quelques troubles digestifs incita le médecin traitant à faire pratiquer une gastro-entérostomie. La suite des événements montra que l'on avait à faire à un vertige auriculaire pur. Aussi, en l'absence de lésion organique certaine, est-il préférable de s'adresser au déséquilibre végétatif. Ce traitement indiqué dans tous les cas peut réserver de beaux succès thérapeutiques.

Parmi les nombreuses médications proposées dans ce domaine, celle qui se montre la plus régulièrement efficace est sans aucun doute l'adrénaline dont Vernet a bien montré tout l'intérêt. « Il y a, dit cet auteur, à la base de toute sensation vertigineuse, un phénomène labyrinthique, vaso-moteur ou toxique, partant un phénomène sympathique ou endocrinien, que la cause soit locale, centrale ou périphérique. » S'appuyant sur cette donnée, Vernet oppose les propriétés vaso-toni-

ques de l'adrénaline capable de faire cesser les vertiges et les propriétés hypotensives de la quinine, de l'opium et du salicylate de soude capables de les provoquer. « Le vertige, conclut-il, étant en définitive l'expression subjective d'un déséquilibre vaso-tonique, labyrinthique d'ordre sympathique, l'adrénaline paraît être la médication qui répond actuellement le mieux à ce déséquilibre ».

Les doses convenables seront de XX à LX gouttes par jour de la solution au millième si l'on emploie la voie buccale, de un centimètre cube de cette même solution au millième, répétée une fois par jour pendant huit jours, si l'on a recours à la voie hypodermique.

L'action de l'atropine est beaucoup plus douteuse. Nous émettons une réserve au sujet de l'emploi prolongé d'une quelconque de ces deux médications lorsque le malade présente un estomac atone. On sait en effet les résultats néfastes de ces produits sur la musculature déficiente de cet organe.

Certains auteurs ont tenté d'agir sur le sympathique nasal par des attouchements du ganglion sphéno-palatin au mélange de Bonain ou par des injections d'alcool sous la muqueuse du cornet moyen. Des résultats encourageants ont été parfois obtenus, mais l'inconvénient de ce procédé réside surtout dans l'éventualité d'un état syncopal et lypothymique qui peut survenir immédiatement après l'intervention.

Le rôle du spasme vasculaire présumé dans le déterminisme des vertiges devait inciter à user des

médications destinées à le combattre. L'action de l'acétylchline sur les vertiges labyrinthiques est étudiée dans l'importante thèse de Bénech. Les résultats les plus encourageants ont été obtenus par l'injection hypodermique quotidienne ou biquotidienne de dix centigrammes de ce produit. La voie intraveineuse reste d'une indication exceptionnelle.

Rappelons que A. Robin préconisait l'emploi du *cimicifuga racemosa* à la dose de XX à XXX gouttes par jour de teinture, par X gouttes à la fois, de préférence une heure avant les repas. Comme les médications précédentes, il s'agit, là encore, d'un produit ayant une action incontestable sur l'appareil végétatif.

CONCLUSIONS

1° On ne doit considérer comme vertige que les perturbations oscillatoires et surtout rotatoires en rapport avec des troubles labyrinthiques.

2° Dans l'étude du vertige digestif, il ne faut retenir que les troubles labyrinthiques fonctionnels : vasomoteurs le plus souvent. Une atteinte organisée du labyrinthe peut donner lieu à un ensemble de vertige et de troubles digestifs, mais le caractère nettement secondaire de ces derniers est évident.

3° Ainsi limité, le vertige digestif est rare.

4° Il se rencontre exceptionnellement dans les affections organiques digestives, peut-être cependant dans certaines cholécystites ou appendicites. C'est surtout chez les malades atteints de dyspepsies dites fonctionnelles ou d'atonies (gastrique ou vésiculaire) qu'on le constate le plus souvent.

5° Les manifestations objectives au niveau du labyrinthe se réduisent à une hyperexcitabilité, liée à des troubles vaso-moteurs, vraisemblablement; les troubles de l'audition doivent être constamment absents.

6° Le mécanisme du vertige digestif est vraisemblablement un réflexe par l'intermédiaire du système para-sympathique. La parenté des troubles gastriques considérés comme originels, avec le vertige et la dystonie végétative, est telle qu'il est délicat d'invoquer l'un d'entre eux comme cause; seule l'étiologie de la perturbation végétative est importante à rechercher. Le traitement : adrénaline, acétylcholine, peut d'ailleurs n'être considéré que comme une thérapeutique d'ensemble de la dystonie végétative.

Vu: *le Doyen,*
BALTHAZARD.

Vu: *le Président de thèse,*
Paul CARNOT.

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

ARBEIT. — La dyspepsie appendiculaire. — Thèse de Paris, 1924.

BARRÉ et LIEOU. — Troubles vertigineux dits fonctionnels. — Soc. d'oto-neuro occ. de Strasbourg, 21 avril 1928.

BARRÉ et CAHN. — Vertige traité par l'adrénaline. — Soc. d'oto-neuro occ. de Strasbourg, 13 décembre 1924.

BALDENWECK. — Vertige et intoxication alimentaire. — Soc. d'oto-neuro ocul. de Paris, 5 mars 1926.

BENECH. — Contribution à l'étude du traitement des spasmes vasculaires en otologie par l'acétylcholine. — Thèse de Paris, 1930.

CANNON. — The Autonomic Nervous system. — *Lancet*, 1930, page 1199.

CASKEY. — *Mac. J. of the Am. Med. Ass.*, mars 1905.

CHÊNE P. — Etude critique des dyspepsies nerveuses. — Thèse de Paris, 1931.

CHIRAY et PAVEL. — La vésicule biliaire. — Masson, 1927.

— Syndromes végétatifs, in traité de Mee, fasc. XXI.

COLLET et PROBY. — Arch. Int. de Lar. Ôt. Rhyn., Lyon, juin 1930.

CORNIL et KISSEL. — Syndrome répercussif à point de départ auriculaire. — Revue de Neurol., 1930, page 71.

DANIELOPOLU. — Presse Méd., 26 déc. 1928.

— Les épreuves végétatives. — Presse Méd., 25 juillet 1923.

DAUPTAIN. — Etude physiologique et pathologique de l'innervation gestrique. — Thèse de Paris, 1926.

DELAUNAY. — Le vomissement. — Biologie Méd., 1925, N° 6.

ENRIQUEZ, GUTMANN et ROUVIÈRE. — La vagotonie appendiculaire. — Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 16 déc. 1921.

GAEHLINGER. — Le traitement du vertige d'origine intestinale par l'auto-vaccination par voie buccale. — Soc. de Méd. de Paris, 8 avril 1927.

GAULTIER. — Les dyspepsies gastriques. — Paris, 1927.

GUEUTAL. — Contribution à l'étude de l'atonie gastrique. — Thèse de Nancy, 1929.

GUILLAUME. — Le sympathique et les systèmes associés. — Paris, Masson, 1920.

— Vagotonies, sympathicotones, neurotonies. — Paris, Masson, 1925.

GUTMANN. — Les syndromes épigastriques. — Doin, 1929.

HAREN. — Observations cliniques de vertiges : traitement par l'adrénaline. — Soc. d'oto-neuro oc. de Strasbourg, 12 janvier 1924.

HAYEM et LYON. — Les maladies de l'estomac. — Paris, 1913.

JACQUET P. — Les vertiges en clinique. Ptoses, vertiges et aérophagie. — Journ. Méd. Français, nov. 1929, page 408.

— Les à-côtés de l'aérophagie. — Le Monde Méd., 15 nov. 1929.

KATSCH. — Über Pathogenese und Erscheinungsform der Magen Neurosen. — Klin. Wochen, 1926, N° 24.

LAFFITE et MAY. — Les ecto-sympathoses. — Traité de Méd. et de Thérap., Paris, 1926.

LAIGNEL-LAVASTINE. — Pathologie du sympathique. — Alcan, 1924.

— Types vagotoniques et vaso-moteurs des sympathoses complexes. — Paris Méd., 26 juin 1924.

- LAUBRY. — Leçons de séméiologie cardio-vasculaire.
Les troubles fonctionnels. — Doin, Paris, 1924.
- LEMIERRE. — Vertige stomacal et extra-systoles. —
Gaz. des Hôp., 13 et 15 déc. 1921.
- LERMOYEZ. — Rôle de l'angiospasmie dans le vertige
labyrinthique. — Presse Méd., 1919, N° 1.
- LEUBE. — Uber Nervöse Dyspepsien. — Deutsch Arch.
f. Klin Med., 1879.
- LEVY-VALENSI et HALPHEN. — Les vertiges. — Paris,
1923.
- LICHTWITZ. — Les algies viscérales. — Thèse de Paris,
1929.
- LUBET-BARDON et LABERNARDIE. — A propos du traite-
ment du vertige auriculaire. — Soc. de Laryngo.,
Paris, 8 janvier 1925.
- MASSON. — Les nevromes sympathiques de l'appendi-
cite oblitérante. — Lyon Chir., XVIII, N° 3.
- MATHIEU. — Traité des maladies de l'estomac. — Paris,
1907.
- MAURIAC et HUSSON. — Sur une forme paroxystique
d'hyperexcitabilité vago-sympathique. — Bull.
Méd., cars 1926.
- MENIERE. — Des bourdonnements d'oreille dans les
maladies d'estomac. — Soc. Française d'otol. et
de laryng., 1886.

ODDO, DE LUNA. — Les sympathèses. — Arch. des mal. de l'app. dig., cars 1926.

PIECHAUD et LACOUTURE. — Le vertige de l'estomac. Conceptions actuelles. — Journ. de Méd. de Bordeaux et du Sud-Ouest, 25 juillet 1927.

PORTMANN et MOREAU. — Bradycardie et vertige labyrinthique. — Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux, 23 mars 1923.

F. RAMOND. — Les dyspepsies. — Paris, 1923.

— Les maladies de l'estomac et du duodéum. — 1927, Masson.

F. RAMOND et CARRIÉ. — Troubles sympathiques et états dyspeptiques. — Soc. Méd. des Hôp., 11 janvier 1918.

— Syndrome sympathique. — Annales de Méd., 1919, N° 1.

F. RAMOND et P. CHÊNE. — Le vertige digestif. — Gaz. Méd. de France, 1^{er} mars 1930.

A. ROBIN. — Les maladies de l'estomac. — Rueff, Paris, 1904, pages 824-876.

A. ROBIN et MENDEL. — Des bourdonnements d'oreille et de leur traitement par le cimicifuga. — La Méd. moderne, 11 mai 1898.

ROCCAVILLA. — La réflectivité labyrinthogastrique et gastro-labyrinthique. — Riforma Medica, 1922, N° 15.

ROGER. — Pathologie du système nerveux autonome.

— Revue de Méd., 1916.

— Les vagotoniques. — Revue de Méd., 1922.

ROUX J.-Ch., MOUTIER et CARRIÉ. — Pathologie gastro-intestinale. — Paris, Douin, 1923.

SCOTT. — The Lancet, 6 mars 1920.

THOMAS A. — Les moyens d'exploration du système sympathique et leur valeur. — VII^e réunion neurologique annuelle. — Paris, juin 1926.

TINEL. — Conceptions générales du système végétatif et de ses manifestations morbides. — Paris, 1930.

TROUSSEAU. — Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu, tome III, page 1 (3^e édit.).

VERNET. — Le vertige et son traitement par l'adrénaline. — Presse Méd., 10 juillet 1920.

VIAUD. — Le vertige stomacal et le caféisme. — La Tribune méd., 1897.

